

同意書

児童福祉法第 19 条の 2 に規定する医療の給付を受けるにあたり
必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につ
き、寝屋川市が私の加入する医療保険者に認定に必要な情報を提供
し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

寝屋川市長 宛て

受診者 住 所 寝屋川市
氏 名
受給者番号
(すでに医療受給者証をお持ちの方)

申請者 住 所 寝屋川市
(注 1) 氏 名
(本人との続柄)

(注 1) 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児
童等の医療保険の被保険者(本人)である保
護者となります。児童等が被保険者(本人)
である場合は、児童等の保護者が申請してく
ださい。